



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2019

Delirierende Vernunft: Ein Fall in 5 Akten als Beitrag zu narrativer Medizin

Zybowski, Przemek

DOI: <https://doi.org/10.4414/sanp.2019.03073>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-185349>

Journal Article

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Zybowski, Przemek (2019). Delirierende Vernunft: Ein Fall in 5 Akten als Beitrag zu narrativer Medizin. Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, 170:w03073.

DOI: <https://doi.org/10.4414/sanp.2019.03073>

Delirierende Vernunft: Ein Fall in 5 Akten als Beitrag zu narrativer Medizin

Zybowski Przemek

UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Zürich, Schweiz

Prolog: Narrative versus stumme Medizin

Der Begriff der «narrativen Medizin» wird mit Viktor von Weizsäcker in Verbindung gebracht [1]. Dieser hatte eine psychosomatische Medizin im Sinn, die die Grundlage jedes medizinischen Fachbereiches darstellt. Darin werden Psyche und Soma gleichermaßen ernstgenommen und ihre Wechselwirkung sowie der gegenseitige Umgang von Arzt und Patient zum Kernbegriff von Wissenschaft und Therapie erhoben. Bevor psychosomatische Medizin zum Spezialfach wurde, formulierte er 1946 folgenden pointierten Satz: «Medizin ist psychosomatisch oder sie ist keine Medizin» [2].

Von Weizsäckers Medizin ist zu einem grossen Teil aus seiner kritischen Haltung gegenüber einer Physiologie entstanden, die sich mit immer feineren, aber prinzipiell mechanistischen Methoden und Erklärungsmodellen dem Lebensprozess zu nähern versuchte. Das mechanistische Weltbild der Physiologie beherrschte die Medizin im 19. Jahrhundert davon ausgehend, dass der Mensch nach den Prinzipien einer Maschine funktioniert: Die Maschine als ein physikalisches raum-zeitliches Kontinuum, welches von Menschen konstruiert wurde und deswegen auch von ihm gelenkt werden muss. Nach diesem Prinzip arbeiten die klassischen Naturwissenschaften.

«Seine» Physiologie sieht von Weizsäcker aber in den Kategorien der Biologie begründet, die andere sind als die der Physik. In der Biologie ist die raum-zeitlich-kausale Darstellungsform nicht als eine Darstellung des Geschehens selbst, sondern als eine Darstellung von Grenzen zu sehen, denn analysierbar sei niemals die Gestalt selbst, sondern immer nur die Grenzen ihres Erscheinens oder Verschwindens [3].

«Wir müssen uns daher bei der Darstellung selbst auf eine Ungültigkeit dieser Formen der klassischen Naturwissenschaften gefasst machen – nicht aber dieser selbst. Es handelt sich demnach hier nicht um verschiedene Geltungsbereiche von Physik und Biologie, sondern um einen Unterschied des Verhaltens zum gleichen Gegenstand. Die Biologie stellt das Werden eines Lebensgeschehens so dar; wie es dem Menschen erlebbar wird, während die Physik das Geschehen so darstellt, wie es ohne ihn geschehen könnte» [4].

Um den Gegenstand der Biologie zu erforschen, benötigt man einen anderen Umgang als mit dem Gegenstand der Physik. Dieser Umgang soll aber nicht gleichbedeutend mit der Einführung einer spezifisch biologischen Betrachtungsweise neben und gleichgeordnet der Physik sein, im Sinne eines Biologismus. Er beinhaltet vor allem eins: «Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen», so Viktor von Weizsäcker in seinem philosophischen Hauptwerk «Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen» [3].

Als «Geburtshelfer» «seiner» Medizin gibt er Sigmund Freud, den Philosophen Max Scheler und seinen klinischen Lehrer, den Internisten Rudolf Krehl, an. Letzterer hatte besonderen Wert darauf gelegt, Kranke auch in Hinsicht auf ihre krankheitsbedingten subjektiven Erlebnisse und damit lebensverändernde Dimensionen zu untersuchen. Mit seiner Auffassung der psychosomatischen Medizin hatte er gerade nicht im Sinn, den Menschen als reines Naturobjekt zu betrachten und mit quantifizierenden Methoden zu erforschen. Sein Grundgedanke besteht in der Erkenntnis, «dass die wesentliche Beschreibung der Medizin im Verhältnis von Arzt und Kranken enthalten ist» [5].

Während eine pharmakologische und medizinische Behandlung die Kenntnis von Transmittern, klinischen Befunden und Laborergebnissen abrufen, verlangt eine Medizin, die den zwischenmenschlichen Umgang zum Kernbegriff erklärt, nach einer vom Einzelfall ausgehenden Ethik der Narration. «Werden Menschen nur schematisch nach Wünschen und oder Ängsten gefragt oder wortkarg über Risiken und Prognosen aufgeklärt, dann werden sie kaum eine Chance finden, ihre Situation in Geschichten zu bewältigen. Verweigertes Hören zerstört einen wichtigen Aspekt der Biografie» [6]. Erst Erzählungen zeigen den Behandelnden, wer ihr Patient eigentlich ist. Denn wo keine gemeinsame Geschichte erzählt werden kann, wird auch keine Beziehung aufgebaut, die gemeinsames Reflektieren ermöglicht. «Im Erzählen seiner Geschichte kommt jedem Menschen eine unvertretbare Position zu. Entfällt sie, so werden Projektionen ihre Rolle einnehmen. Die Aneignung der Geschichte eines anderen nimmt diesem Atem und Stimme» [ibid.] und bringt die Behandlung in Schieflage. So könnte die Abwertung einer Beziehungsmedizin Fehldiagnosen wahrscheinlicher machen.

Correspondence:

Dr. med. Przemek Zybowski, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich, Przemek.Zybowski[at]usz.ch

Erst in einer gemeinsamen Geschichte zwischen Arzt und Patient bekommt die Krankheit ihren eigentlichen Ort. Sie zeigt Verhältnisse und Begegnungsweisen auf. Selbst eine schwere körperliche Erkrankung wie das Delir erscheint dann nicht mehr als ein Phänomen isolierter, gestörter Organabläufe, sondern vielmehr als ein Produkt von psychosozialen Beziehungen (einem gestörten Umgang miteinander). Von entscheidender Bedeutung für das Gesamtverständnis der Erkrankung ist nicht nur der gegenwärtige Zustand, sondern deren Einbettung in den Lebensentwurf, die Ausrichtung auf das Lebensziel des Erkrankten hin.

Dass der Mensch mit objektiven Kriterien allein nicht ausreichend beschrieben und erfasst werden kann, gibt Raum für die Feststellung, dass Krankheiten nicht nur entstehen und erlitten werden, sondern dass sie auch selbst vom Subjekt gestaltet, gemacht, ja unbewusst gewollt werden, und dass der Arzt in der Begegnung daran teilhat und mitgestaltet. Oder wie es von Weizsäcker beschreibt: «Das Problem des Menschen in der Medizin (...) ist, dass er (...) seine Krankheit, die als Teil seiner ganzen Biographie zu verstehen ist, nicht nur hat, sondern auch (unbewusst) macht. Dass die Krankheit, die Ausdrucksgebärde, die Sprache seines Körpers produziert, wie er jede andere Ausdrucksgebärde und jedes andere Sprechen formt. Noch verstehen wir diese Sprache nicht ganz, aber wir kommen immer näher an sie heran» [5].

Um diese Annäherung bemüht, wird die folgende Fall-darstellung in fünf Akten umgesetzt. Die Wahl der dramatischen Form soll vor allem als Metapher einer äusseren und inneren Bühne verstanden werden in Anlehnung auf den bereits oben angesprochenen Umstand: Um den Konflikt eines Patienten annähernd zu begreifen, muss sich der Arzt auf den Patienten einlassen. Erst dann wird er auch die daraus resultierenden dramatischen Wendungen erleben. Voraussetzung ist, dass diese Wendungen ihm nicht mehr fremd sind, denn «wo wir (Ärzte) selbst einen Konflikt durch eine Neurose oder eine Lebenslüge erledigt haben, dort vermögen wir auch beim Fremd-Ich nicht weitzuzudringen» [3].

Die verwendete Struktur des Dramas deutet auf ein Wagnis hin. Arzt und Patienten wagen einen Umgang mit unbestimmtem Ausgang in einer naturwissenschaftlich geprägten Krankenhauslandschaft, die vor allem an schnellen Antworten interessiert ist. Und wenn dann im Rahmen einer Beziehungsgestaltung ein spannungsvoller Aufbau entlang von Widerständen gewagt wird, ist das Gelingen einer wahren Begegnung, die eine heilsame Wendung möglich machen kann, immer auch eine Überraschung [7].¹

Der Anfang hat die immer gleiche Voraussetzung: Zunächst «weiss» nur der Patient allein, was ihm fehlt. Nur er kann es dem Arzt «verraten». Dieser hört zu, ist lediglich «Sprach-Ermöglicher» und muss sein Wissen quasi «zur Seite legen», um nicht voreingenommen auf den Patienten zu sehen, um nicht vorzugreifen. Aus der Perspektive des Arztes liegt am Anfang eine «Umkehrung des Wissenden» vor, die er aushalten muss, um mehr zu erfahren. Er lässt sich damit auf eine narrative Wende ein, ist wie eine bekehrte Seele ohne Kompass, vielleicht sogar leicht verwirrt, überwältigt, ihm fehlen die Worte, so wie der Patient weiss auch er keine Antwort. Hand in Hand tap-

pen beide im Dunkeln, sogar die richtigen Fragen müssen entwickelt werden. «Die biographische Methode versucht die Pathogenese von Krankheit – also die Wege, auf denen sich die Störungen im Körper ausbreiten – hinsichtlich ihrer leiblich-seelischen, moralischen und geistigen Dimensionen zu deuten. Der Konflikt mit der molekularbiologisch ausgewiesenen Biomedizin, der sich daraus ergibt, muss kein (...) unauflösliches Dilemma bedeuten, wenn molekularbiologisches Wissen und biotechnologische Methoden so eingesetzt werden, dass sie die biographisch-hermeneutische Aufklärung der Pathogenese ergänzen» [5].

Zu Beginn des Weges bis zur möglicherweise entscheidenden Kreuzung im Drama der Arzt-Patient-Beziehung ist keiner im Besitz der Lösung. Der Arzt versucht nicht, eine Entscheidung über den Patienten zu fällen, sondern mit dem Kranken in der Entscheidung zu sein, «verflochten in einem Solidaritäts- und Schuldnetz und nicht in einer Haltung der reinen Hände»². Der gemeinsame Weg ist nicht nur ein Weg geradeaus, sondern besteht aus dem geforderten *Umgang* im mehrfachen Sinne: Beide gehen miteinander um, wechseln Perspektiven, bewegen sich um sich selbst und den anderen herum, machen Umwege im Hinblick auf den anderen und auf sich selbst, befragen den anderen, befragen sich selbst und werden befragt. In einem solchen Umgang kann sich genau jene Krise der Wahrheit enthüllen, wie sie ein Krankheitsgeschehen dem Arzt und dem Patienten offenbart, wenn die Fragen «warum gerade ich?», «warum gerade hier?», «warum gerade jetzt?» gewagt und ernst genommen werden.

Das ist gleichzeitig auch die notwendige Voraussetzung, wie es zu der besagten Überraschung als dem kathartischen Moment einer wahrhaften Begegnung in der Krise kommen kann: Im bestmöglichen Verlauf vollzieht der Arzt dann eine erneute Wendung, wenn er sich seines medizinischen Wissens bedient, in das nun aber die gelebte Verbindung mit eingeht und in ihm eine neue Sprache erzeugt. Diese neue Sprache hat – neben der Objektivität des gelernten Wissens und der Analyse – mit Beziehungsgestaltung zu tun, einer Beziehung, die es dem Patienten ermöglicht, seine Scham zu überwinden und sein subjektives Leid zu erzählen.

Für den Arzt wiederum wird es immer eine grosse Herausforderung bleiben, die ihm vom Patienten anvertraute und von ihm angehörte, mitgefühlte und miterlebte Geschichte zu verbinden mit der Wissenschaft. Viktor von Weizsäcker formuliert es so: «Während ein <Liebesverlust> und damit Wirklichkeitsverlust in der objektiven Denkform stattfindet, kann die Krankheit in einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient endlich erscheinen als das, was sie ist, nämlich als <Anerbietung eines Wissens um die Wahrheit>» [6].

Gemäss diesen einleitenden Sätzen, wäre der Anspruch einer sogenannten psychosomatisch-narrativen Medizin (mit der Frage, wie sich Wahrheit und Gesundheit verhalten) generell und auch im Rahmen einer Tätigkeit als Konsiliarpsychiater weit davon entfernt, erfüllt zu werden. Infolgedessen geht es um die einfache Frage: Wie kann ein mitfühlenderer und menschlicherer Umgang in der Klinik möglich werden, sodass Zuhören und Narration als Grundlage von Therapie (weil Grundlage von Vertrauen) die nötige Geltung erfahren?

Erster Akt: Delir-Narrativ

Als der 57-jährige Schweizer (Service Techniker im Aussendienst, verheiratet, zweifacher Vater einer 25-jährigen Tochter und eines 20-jährigen Sohnes) im eigenen Gartenhaus Alkohol destillierte, entzündeten sich Dämpfe und es kam zu einer Verpuffung. Er fing Feuer und sprang in eine mit Wasser gefüllte Regentonne ausserhalb des Schuppens. Seine Tochter wurde Zeugin des Vorfalls, löschte das Feuer und alarmierte den Rettungsdienst. Als Folge erlitt der Patient schwere Verbrennungen an Gesicht, Hals, Armen und Beinen. Auf der Intensivstation entwickelte er ein Delir, was nach Operationen oder schweren Verletzungen häufig vorkommt. In den Berichten des primären Behandlungsteams fanden sich Beschreibungen wie «agitiert», «ängstlich», «sehr wahnhaft», «schläft schlecht». Zuweilen ärgern sich Pflegepersonal und Intensivmediziner über fehlende Kooperation und empfinden dies als Störung ihrer klinischen Arbeit. Der Ruf nach einem Konsiliarpsychiater erfolgt. Als Spezialist für Verwirrte und für verwirrende Zustände soll er mit stillenden Mitteln die Situation klären, das heisst die verwirrenden Symptome auf Seiten des Patienten beseitigen.

Zweiter Akt: Landschaft ohne Boden [8]

Vor dem Betreten der Intensivstation entledige ich mich in der Schleuse meiner Alltagskleidung nur teilweise. Es geht schneller, OP-Oberteile über das Hemd zu ziehen. Als nächstes stehe ich hilflos vor dem Aufenthaltsraum der Stationsmitarbeiter. Trotz vereinbartem Termin treffe ich niemanden an. Von einer schlecht deutsch sprechenden Hilfskraft aus Portugal erfahre ich, dass alle beschäftigt seien. Nun bemerke ich die tiefe Einsamkeit in diesem Ambiente, welche mir noch nachhängen wird, wenn ich die Arbeit beim Patienten längst begonnen habe. Nach einer Weile entscheide ich mich, ohne vorher mit dem Team gesprochen zu haben, das Zimmer des Patienten aufzusuchen. Ich rechne damit, dass ich nicht angekündigt worden bin, sodass der Patient eine fremde Person unvermittelt kennenlernen wird. Vor dem Zimmer ziehe ich einen sterilen Kittel, Gummihandschuhe und Mundschutz an. Dick verpackt und schwitzend stehe ich vor dem bettlägerigen, dünnen Mann, der selbst durch Verbände «verhüllt» ist. Überall summt, raschelt, piept es, gibt es Schläuche, Vorrichtungen und Monitore – ein Dschungel aus Technik. Ich stelle mich als Psychiater vor. Der Patient erwidert scheinbar normal mein «Guten Tag».

«Das Team macht sich Sorgen um Sie», fahre ich selbstverständlich fort.

Da endet die normale Kommunikation bereits. Ich habe die Aufmerksamkeit des Patienten verloren. Dieser nestelt unruhig, schaut wiederholt ängstlich, ratlos zur Tür. Auf die Frage, wo er sei, antwortet er nicht. Auf die Frage, was er dort sehe, sagt er, er wisse es nicht genau. Fragen nach Namen, Geburtsdatum und seiner Familie beantwortet er verzögert, selbst die festesten Bindungen scheinen gelockert. Dann schrecke ich zusammen. Wie ein Raubtier aus dem dunklen Nichts springt ein Satz aus dem Mann heraus «Wo ist meine Frau?». Er möchte los. Es bleibt unklar, wohin er mit all den Schläuchen, die ihn ans Bett binden, gehen möchte. Als ich bereits befürchte, mich ihm in den Weg stellen zu müssen, beruhigt sich der Patient. Er wirkt

jetzt ohnmächtig. Wie im Gegenzug erfasst mich die Unruhe. Was soll/muss ich für ihn tun, welche Vorschläge dem Team unterbreiten, um nicht als Versager sondern als Tätiger dazustehen?

Entspannung – gemeinsame RaumZeit ermöglichen

Der Patient leidet an einem schweren Delir verursacht durch Verbrennungen, die versorgt werden müssen, damit er nicht stirbt. Folglich kann ich das übliche Delirschema³ vorschlagen, versichere ich mich als Psychiater.

Was nun? Ist meine Arbeit mit der Objektivierung des Verwirrheitszustandes und dem Versuch seiner medikamentösen Behebung erledigt? Soll ich wieder gehen und mich, wie immer an diesem Punkt, der stillschweigenden Übereinkunft des Teams anschliessen, dass der Patient erst von seinem Durchgangssyndrom geheilt werden muss, damit eine sinnvolle Kommunikation möglich ist?

«Wenn Sie erlauben, leiste ich ihnen etwas Gesellschaft.» trotzte ich meiner Unruhe. Ich hole einen Stuhl und lehne mich zurück. Der Schweiß läuft mir mittlerweile den Rücken herunter, ich hatte nicht geplant, so lange zu bleiben. Der Patient scheint nichts dagegen zu haben, im Gegenteil, er nimmt meine Anwesenheit deutlich wahr. Indem ich zur Ruhe komme, merke ich allmählich den Atemrhythmus des Anderen, der zwischen Ruhe und Unruhe schwankt wie die gesamten körperlichen Bewegungen zwischen Starrheit und plötzlicher Getriebenheit. Zeit vergeht. Sein Blick ist offen, besorgt, aber auch herzlich, er sucht nach Halt. Aufmerksamkeit und Denken sind von der Realität entbunden und sprunghaft nach innen gerichtet. Er halluziniert Wasser, hat Durst, wünscht der Situation zu entfliehen. Das ist nachvollziehbar, denke ich. Er ist überfordert. Seine Angst scheint den Sinn zu haben, aus jedem Reizpunkt der sich entziehenden Realität etwas zu machen. Etwa über Umdeutungen eine «angenehmere Landschaft»⁴ zu kreieren, die ihn hält?

In diese Zwischenwelt aus Atemgeräuschen, Technikwust und Ziellosigkeit versunken, bemerke ich ein Entsetztes in mir. Erst jetzt wird mir fühlbar bewusst, wie schwer verletzt dieser Mensch ist und was er sich durch den Unfall angetan hat, wie viel Zuwendung er braucht und noch lange brauchen wird. Aus dieser mitfühlenden Ohnmacht heraus, frage ich intuitiv nach dem Unfall: «Was ist passiert?».

Dritter Akt: Überraschung

Zu meiner völligen Überraschung gibt der Patient klar an, in einem Ton, als würden wir lange zusammengesessen haben: «Ich sehe Bilder vom Unfall, die Explosion, die Wanne, das Wasser, meine Tochter, immer wieder und wieder. Warum ist mir das passiert?». Während vorher seine Gefühle irgendwo im Raum hinter dem lauten, produktiven Sinnesrausch wüteten, sagt er nun mit spürbarer Traurigkeit: «Dieser Zustand ist unerträglich. Ich möchte sterben, statt so weiterleben».

In dem Moment spüre ich, wie die Angst im Raum beim Patienten aber auch bei mir selbst nachlässt. Sie ist in ihre kurze, überraschend stabile Bindung versickert⁵. Es ergibt sich unerwartet ein sinnvolles Gespräch. Dann fügt der Patient voller Reue hinzu: «Ich habe einen furchtbaren Fehler gemacht. Wenn ich es rückgängig machen könnte, würde ich Gott versprechen, dass ich nie wieder Alkohol trinke.»

In der Folge wird mir die Patientenakte verständlicher, Informationen «quellen auf»⁶ und werden in die Situation eingebettet.

Weil er ständig Alkohol trank und danach Bauchschmerzen hatte, drängte ihn seine Frau nach einem erneuten schlimmen Streit zum Arzt. Die Schmerzen stellten sich als das Symptom einer Pankreatitis heraus, sodass er kurze Zeit später in einer komplizierten Operation einen Teil des Darms und die Bauchspeicheldrüse verlor. Danach verbrachte er Wochen in einem Verwirrheitszustand auf der Intensivstation. Als er nach Hause entlassen wurde, hatte er abgenommen und fühlte sich niedergeschlagen. Sein gewohntes Arbeits- und Familienleben war nicht möglich. Er beschloss, den Alkohol zum ersten Mal selbst zu brennen. Das ging schief und drei Wochen später war er wieder in einer lebensgefährlichen Situation auf der Intensivstation.

Warum diese Wiederholung? War der Versuch, Alkohol zu brennen, eine Trotzreaktion, um seine Ohnmacht, die er beim ersten Krankenhausaufenthalt erlebt hatte, durch eine Wiederholung eigenmächtig zu verarbeiten? Dieser Mensch muss sich in seiner Sucht unverstanden, gleichzeitig sehr bedürftig gefühlt haben, so dass er – möglicherweise zu kurz gekommen in seinen frühen Bindungen – diesen Schmerz mit Alkohol stets betäubt haben dürfte.

Beim Hinausgehen frage ich ihn, ob er sich persönliche Dinge im Zimmer wünsche. «Sagen sie bitte meiner Frau, sie solle Fotos mitbringen. Das würde mich sehr freuen».

Als ich nach 20 Minuten das Zimmer verlasse, fühle ich eine Erleichterung und eine tiefe Zufriedenheit. Ich habe den Eindruck, eine Begegnung gestiftet und erlebt zu haben. Vor der Tür des Patientenzimmers, als ich Kittel, Handschuhe und Mundschutz ablege, taucht plötzlich – wie aus dem Nichts «angesprungen»⁷ – eine Frage in mir auf, die eigentlich eine Erinnerung ist: Wurde in mir durch den eigenen Migrationshintergrund das dringende Bedürfnis geweckt, solchen die Identität verwirrenden Übergangsphänomenen nachzuspüren, sie zu übersetzen und verständlicher machen zu wollen? Übe ich den Beruf des Psychiaters im Sinne einer «sprachlichen Transitzone» aus, in der Narration als eine existentielle Begründung und Selbstvergewisserung gilt?

«Was haben sie so lange da drin gemacht?», fragt mich jemand skeptisch im Gang.

«Ich habe den Patienten bei weitem nicht so unkooperativ wahrgenommen, wie ich ihn mir durch die Einträge vorgestellt habe», sage ich etwas übermütig.

«Das schwankt sehr», erwidert jener. «Im Delir sind die Leute launisch wie der Herbst».

In der anschliessenden Teambesprechung berichte ich von meinen Erfahrungen: Der Verwirrheitszustand erscheint mir wie eine unruhige Transitzone, nach der Ankunft vor dem Abflug. Der Patient hat mich angesteckt und mitgenommen. Jetzt fühle ich mich, als würde ich auf einen Anschlussflug warten. In dieser Zone des Übergangs mit ständigem, geschäftigem Wandel erscheint die Umgebung unstet, dafür ist der Blick des Patienten auf die Vorgänge und Erfahrungen in ihm selbst gerichtet. Darin liegt eine Aussicht, anderes über den Patienten zu erfahren, und über mich selbst nachzudenken in der Krise, in der ich ihn begleite. Die Krise der Verwirrung als eine

Möglichkeit für den Patienten zu sehen, den Unfall zu verarbeiten, und mich selbst als offenes Ohr anzubieten, das die fremden Klänge aufnimmt, ohne ihn als «nur einen Verwirrten, der Unsinn redet» zu bewerten, sondern im Sinne einer Gegenübertragung mit den angebotenen Inhalten zu arbeiten.

Als Konsiliarpsychiater trete ich auf als Schlichter, als Reisender zwischen den Wirklichkeiten. Diesmal vermittele ich zwischen denen, die glauben, nur am Körper zu arbeiten und den unerhörten Nachrichten aus der «Antike der Seele». Ich bin Vermittler eines Patienten-Archivs, das kurzzeitig im Delir geöffnet ist und einer «Einleitung» bedarf, um sich nicht in seinen verstrickten Gängen zu verlieren und es ungenutzt wieder verstummen zu lassen. Wie die Narkose-Einleitung eines Anästhesisten in den Schlaf führt, versuche ich im Gegenzug ein Interesse für ein vermeintlich «sinnblindes Ereignis» [9] zu erwecken.

«Das ist anregend, was sie erzählen», sagen die Einen. «Wir haben keine Zeit dafür», antworten Andere. Dennoch scheinen alle froh über das Gespräch, irgendwie inspiriert, angesteckt vom Reisefieber.

Vierter Akt: Krise spitzt sich zu

Beim zweiten Gespräch ist bei weitem nicht so viel möglich, wie ich mir erhofft habe. In Kurznarkose werden dem Patienten die über seinen Körper verteilten, abgestorbenen Hautfragmente (Gewebetrümmer) entfernt und teilweise durch künstliche Haut ersetzt, sodass sein Zustand zwischen unruhiger Wachheit und tiefem Schlaf schwanken muss. Der Patient zeigt sich unter der Wirkung des verordneten Medikamentes kognitiv etwas gebessert und ich bin ihm weiterhin vertraut. Er wähnt in mir eher einen fremden Freund als einen behandelnden Psychiater, stellt mir seine Frau und Kinder auf den aufgestellten Fotos vor. Gleichzeitig zeigt er sich erschöpft, sodass ich das Gespräch kurz halte. Schliesslich erleben Patienten gerade auf Intensivstationen einen Verlust von Intimsphäre, einen fehlenden Rückzugsraum und sind ständig schutzlos kommunikativ verfügbar. Zudem ist von katamnesticen Befragungen bekannt, dass bei Betroffenen eher positive Erfahrungen mit dem Gefühl des Gerettetwordenseins überwiegen. Unangenehme Erinnerungen scheinen zunächst verdrängt bzw. durch Gefühle von Schuld, Dankbarkeit sowie sozialer Erwünschtheit modifiziert zu werden [10]. Dennoch habe ich den Eindruck, mir auch bei dem Treffen neues «Terrain» zu erschliessen, eine Metapher, die im Gespräch mit dem Team zum Tragen kommt: Wenig zusammenhängende, fragmentarische Gespräche sind genauso notwendig wie das Abtragen von krankmachenden Gewebetrümmern, damit die Haut besser zusammenwächst.

Vermindertes Bewusstsein nicht gleich Erlebnisunfähigkeit

«Nach sechs Tagen erwachte ich aus der Narkose, zunächst fast ohne Gedächtnis. In meiner Luftröhre steckt etwas. Sprechen ist unmöglich. Ich kann nicht fragen: Wo bin ich? Wieso bin ich plötzlich hier in dieser (Weisswelt), in die ich nicht gehöre? Meine Augen sind das einzige aktive Organ. Mit ihnen taste ich das Unbekannte ab. Bis auf das mit der fehlenden Stimme bin ich mir selbst vertraut... Ich bin in ein fremdes Stück gerutscht und muss sofort

hier raus. Warum kann ich das nicht sagen?... Vor meinem Mund ertaste ich etwas Grosses... Ich ziehe daran... Das löst eine heftige Aktion meines Wächters aus, der mir die Hand vom Mund wegreisst und mich anbellt. Ich bin der festen Überzeugung, in einem Alptraum festzustecken» [11, 12].

Der Selbstbericht bei Status nach Herztransplantation vermittelt dem Team der Intensivstation die differenzierte Wahrnehmung eines deliranten Patienten. Auffallend ist, dass Anregungen gut aufgenommen werden, dass aber wiederholt gesagt wird, für die tiefgründige Auseinandersetzungen sei der Psychiater zuständig. Eine gewisse Trennung in Seelen- und Körper-Ärzte scheint einerseits erwünscht zu sein, andererseits als notwendig ob der täglichen Zwänge erachtet zu werden. Gleichzeitig werden Fragen gern kontrovers diskutiert: Darf man in den Wahn eines Kranken einsteigen? Soll man Halluzinationen entlarven, um sich nicht mit Notlügen zu belasten? Geht es um psychiatrische Phänomene von Halluzinationen oder posttraumatischen Belastungsreaktionen, wie sie mit psychiatrischen Begriffen gefasst werden können, um eine Distanz zum Patienten zu schaffen? Oder geht es um die psychiatrische Deutung einer traumatischen Belastungsreaktion?

Fünfter Akt: Transitzone verlassen

Nach dem allmählichen Verschliessen der Brandwunden ist der Patient nicht mehr schwer delirant. Bei meinem nächsten Besuch sagt er spasseshalber «Doktor, ich bin nicht mehr verrückt».

Auf einen Schlag wird mir bewusst, dass die Türe zu der Transitzone-ähnlichen Übergangswelt geschlossen worden ist. Der Patient wagt es sogar, Spässe über seinen Alkoholkonsum und die unnötige Sorge seiner Frau zu machen.

In der Übergangswelt war der «aus der Spur geratene»⁷ Patient in seiner Aufmerksamkeit von der eingerichteten Wirklichkeit entbunden und einer durch Sinnfragen geöffneten, (warum ich? warum jetzt? wohin geht es mit mir?) krisenhaften, suchenden Wirklichkeit gegenüber aufgeschlossen. In Phasen psychomotorischer Verlangsamung wählte er sich in einer feindlichen Atmosphäre, in der es ihn nach einem vertrauten Umgang düsterte. Das lässt im Nachhinein die Fluchtwünsche verständlich erscheinen. Phasen von Agitiertheit waren als Momente grosser Überforderung, Wut und Zukunftsangst verstehbar, in denen Bilder vom Unfall wiederauftauchen und bearbeitet, Schuldgefühle spürbar wurden, ohne dass ein geordnetes Gespräch darüber möglich gewesen wäre. Gefühle von Überforderung fanden auch im Gegenüber des Teams ihre Entsprechung. Als Konsiliarpsychiater war ich im Besonderen aufgefordert, die Grenzen des Verstehens und der Behandlungsmöglichkeiten, meine Ohnmacht und Hilflosigkeit zuzulassen und auszuhalten und dennoch dem Patienten *aktiv zugewandt* zu bleiben sowie ihm eine vertrauensvolle Orientierung innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung anzubieten, die sich nicht nur auf die Erhebung eines objektivierbaren, psychopathologischen Befundes beschränkte.

Nach dem Verlassen der Transitzone ist die Wirklichkeit wieder mit seiner vertrauten Gegenwart im Sinne eines

«natürlichen Selbstverständnisses» [13] besetzt. In dieser tritt der Patient dem Psychiater gegenüber weiterhin freundlich auf. Es kommt aber eine Scham/Abwehr hinzu, die ihn auf seine bekannte Identität zurückgreifen lässt, in der er sich als jemand wahrnimmt, der keine Beziehung zum «Seelendoktor» braucht. Seine Delir-Themen wie die Alkoholsucht, die letztlich zu dem gravierenden Unfall geführt hat, sind abgespalten. Das ist prognostisch ungünstig. Dennoch ist seine Scham als eine Abwehr nachvollziehbar, da er alle seine Kräfte nötig hat, um sich auf die somatische Genesung zu konzentrieren. Die Alkoholabhängigkeit ist in eine körperliche Behinderung übergegangen, denke ich beim Abschied. Er ist ein anderer geworden und hat einen langen Weg vor sich, bis er eine neue Form von Selbstständigkeit erfinden kann.

«Meine Behandlung ist beendet, der Patient wünscht vorerst keine Gespräche mehr» teile ich dem Team der Intensivstation mit. «Oh, so plötzlich?» wundert sich jemand. «Der Moment der deliranten Krise erscheint im Nachhinein als ein Riss, von oben betrachtet aber auch als eine Berührungsstelle» antworte ich.

Epilog: «Umgang» als Kernbegriff von Wissenschaft und Therapie

So sehr delirante Symptome sich ähneln, so einzigartig wie ein Fingerabdruck ist die Gesamtgeschichte, die zum Delir führt und auf das Delir folgt. Wer sich die Möglichkeit offen hält, im Delir einem Kranken zu begegnen und nicht nur eine Krankheit zu behandeln, der wird die spezifische Geschichtlichkeit des Patienten entdecken. Eine solche Begegnung in der Krise hätte die Aufgabe, zumindest die Not und den subjektiven Ausdruck ernst zu nehmen. Damit könnte die traumatisierende Ohnmacht vermieden/nicht wiederholt und stattdessen Eigenständigkeit und Würde zurückgegeben werden. Am Anfang einer jeden Begegnung steht immer das Interesse für den Patienten, ein sich beeindrucken-Lassen [14] im Hier und Jetzt von seiner Erlebniswelt und zwar unabhängig vom Bewusstseinsgrad. Dieses unvoreingenommene Interesse setzt erst eine Narration in Gang und bietet eine hermeneutisch-verstehende Annäherung an ein Selbst- und Weltverständnis.

Ein naturwissenschaftliches Denken nach dem reinen Ursache-Wirkungs-Prinzip verhindert Erzählen. Und die Frage bleibt aktuell, inwiefern die klassische Naturwissenschaft selbst ihre Kriterien ändern muss, um sich ihre «Objektivitäts-Fiktion» [15] bewusst zu machen, damit psychotherapeutische Prinzipien überzeugend und dauerhaft in das Allgemeinkrankenhaus integriert werden können und nicht nur als lästiges Beiwerk gelten, das - wenn überhaupt - vom «Seelenarzt» erledigt wird [16].

Nur wenn der zwischenmenschliche Umgang zum Kernbegriff von Wissenschaft und Therapie erhoben wird, werden nicht nur Krankheiten verschiedener Organe im Vordergrund stehen, sondern kranke Menschen [17]. Der Arzt aber, der das Menschliche wahrnimmt, erlebt interaktionell etwas in sich selbst, er wird ein anderer und mit ihm seine Heilkunst [9]. Oder anders ausgedrückt: Wer Erzählungen nicht überhören will, muss auch erzählen können. Aber nicht im Sinne des grossen Romans der Medizin, sondern vom Patienten und von sich selbst.

Fussnoten

¹ «Daniel Stern defines the «present moment» as a lived story and, like most stories, it has not just a beginning and an end, but also a plot containing intentional characters, together with a «temporal contour along which the experience forms during its unfolding» (p. 219). The present moment is lived through as it is happening and thus is not distanced by language or abstract explanation from those experiencing it. Stern's theory of the present moment is both an intriguing addition and a challenge to psychoanalytic theory and practice» [18].

² So zitierte Daniel Hell Hans Stoffels [19] in seinem Vortrag «Soziale Scham und psychische Krankheit – was macht uns krank?» am Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 20. bis 22. März 2019 in Berlin.

³ Delirium-Management-Schema aus Haldol® und Dipiperon®.

⁴ Inouye et al. kritisieren, dass in den letzten zwanzig Jahren der Gebrauch von Antipsychotika bei der Delir-Behandlung und dem Versuch, Delir zu verhindern, um mindestens das 20-fache gestiegen sei [20]. Dabei sollte eigentlich der Behandlungsversuch mit Antipsychotika dem schweren Delir vorbehalten bleiben und wenige Tage nicht überschreiten. Inouye et al. fordern non-pharmakologische Interventionen, wie sie im «The Hospital Elder Life Program» eine Anwendung finden, stärker zu berücksichtigen (z.B. freundlichere, weniger geräuschvolle Delir-Räume, Mobilisierung, Orientierung fördern, therapeutische Aktivitäten, bspw. mit Musiktherapie (dazu [21])).

⁵ Dazu Winnicott's Entwurf von «Archaischen Seelenqualen wie Ewiges Falles» ([22], S. 1119) und Bions Begriff von «namenloser Angst» ([23], S. 225-235).

⁶ Wasser/Durst waren als assoziativ-gelockerter und teilweise halluzinierter Ort wichtig in der Beziehung zu diesem Patienten, ohne dass dabei zunächst genau erklärt werden konnte, warum. Erzählen ist zunächst frei von Deutungen, sondern bewegt sich in «Erzählflüssen», um überhaupt zustande zu kommen. Die Begegnung mit dem Patienten stand sozusagen unter dem Aspekt eines Erzählflusses, der aufgebaut werden sollte. So bewegt sich auch der Text im assoziativen Raum jener Begegnung. Die Informationen werden hier zu «einer wahren Quelle», weil sie in die Beziehung eingebettet wurden. Die Bemerkung von Walter Benjamin aus dem Jahr 1937 scheint heute an Brisanz erheblich zugenommen zu haben: «(...) beinahe nichts mehr, was geschieht, kommt der Erzählung, beinahe alles der Information zugute. Es ist nämlich schon die halbe Kunst des Erzählens, eine Geschichte, indem man sie wiedergibt, (zunächst) von Erklärungen freizuhalten» (Benjamin W. Der Erzähler. Zitiert nach [5], S. 64).

⁷ «Der Einzelne muss sich und seine Erlebnisse mit den Augen anderer Beobachter sehen lernen. Fern des Mediums der symbolischen Sprache ist dies nicht möglich.», schreibt Otte über die Prozesse, die in einer Arzt-Patienten-Beziehung zu einem gemeinsamen Narrativ führen, und weiter: «(...) dass leib-seelische Kommunikation und Sensibilität in einem breiten Sinn in die Spracharbeit involviert sind. Man fühlt sich an die Bemerkung von Hans-Georg Gadamer erinnert, dass das griechische Wort für den Geist («Nous») ursprünglich das Wittern des wilden Tieres beze-

ichnete, das nichts anderes spürt als «da ist etwas»». Carlo Ginzburg bringt diese Sensibilität in Verbindung mit der Fähigkeit, «Spuren zu errahnen. Ohne sie wären unsere Vorfahren als Sammler und Jäger verhungert. Walter Benjamin stellt heraus, dass diese Wahrnehmungen im zwischenmenschlichen Leben eine entscheidende, aber oft verkannte Bedeutung haben, für die er ein mimetisches Vermögen des Menschen verantwortlich macht. In dieser geteilten Wirklichkeit gewinnen eigene Erinnerungsspuren eine neue Gestalt und öffnen sich einer kommunikativ geprägten Wahrnehmung. Mimetische Realität komprimiert Vergangenheit und Erwartung an die Zukunft im Moment eines blitzhaften Aufleuchtens. Damit umschreibt Benjamin einen wichtigen Punkt: Die Verkörperung gemeinsamer Wirklichkeit birgt Überraschungen; sie durchbricht Routinen und standardisierte Erwartungen. Ideen entwickeln sich diskontinuierlich; sie verflechten Einmaligkeit und Wiederholung. Ähnlichkeiten wahrzunehmen bedeutet, sich in Konstellationen einer Gemeinsamkeit zu bewegen, zu denen Ego und Alter geteilte Zugangsrechte besitzen. Diese «Korrespondenzen» sind jedoch nicht selbst-genügsam. Sie wollen verbalisiert, interpretiert und verstanden werden. Sie setzen die Dynamik einer Beziehung voraus. (...) Gadamer (...) und Benjamin betonen, dass die Wahrnehmung von Qualitäten, Spuren und Ähnlichkeiten ein Aufblitzen bedeutet, nicht aber einen verlässlichen Fund darstellt» (zitiert nach [5], S. 82-83).

⁸ Der Begriff «Delir» kommt aus dem lateinischen und besteht aus den Wortteilen, «de» = «aus», «daneben» und «lira» = «der Furche». Bildlich gesprochen ist ein deliranter Patient ein plötzlich aus seiner Schiene/Spur Geworfener.

Literatur

- 1 Zybowski P. Der Gestaltkreis von Viktor von Weizsäcker: Rezensions- und Rezeptionsgeschichte zu „Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“. Riga: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften; 2013.
- 2 Weizsäcker Vv. Psychosomatische Medizin. Gesammelte Schriften. Band 6. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986 (451-463).
- 3 Weizsäcker Vv. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Gesammelte Schriften. Band 4. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1997. S. 113.
- 4 Weizsäcker Vv. Zum Begriffswandel der Biologie. Gesammelte Schriften. Band 4. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1997. S. 70.
- 5 Rimpau W. Viktor von Weizsäcker. Warum wird man krank? Ein Lesebuch. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2008.
- 6 Otte R. Wenn Ethik der Fall ist. Narrative und Kasuistik in der Medizin. Humanities Online. Frankfurt am Main 2003. S. 12.
- 7 Stern D. Das narrative Selbst. In: Peter Buchheim, Manfred Cierpka, Theodor Seifert (Hrsg.): Das Narrativ – aus dem Leben Erzähltes. Berlin: Springer; 1998. S. 1–13.
- 8 Dörner K. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 24. überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017.
- 9 Janz D, Deter H-C, Rimpau W, Schiffer R, Stoffels H. Anthropologische Aspekte in der Klinik. In: Deter H-C. (Hrsg.) Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2001. Seite 114.
- 10 Bräutigam W, ed. Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1988 S. 143.
- 11 Deter Hans-Christian (Hrsg.) Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.
- 12 Schmidt-Degenhardt M. Oneiroides Erleben als Bewältigungsversuch von Extremsituationen. Beiträge zur medizinischen Anthropologie Band 2. Würzburg: Königshausen und Neumann; 1999.
- 13 Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Berlin: Parodos; 2012.

- 14 Schmidt-Degenhard M. Das Sinn-Problem in der Psychose. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2014;165(06):186-193.
- 15 Von Weizsäcker CF. Der Garten des Menschlichen: Beiträge zur geschichtlichen Anthropologie. Frankfurt am Main: Fischer 1992.
- 16 Kuhn ST. Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 1996.
- 17 Rimpau W. Zur Aktualität der Medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers. Psychoanalyse im Widerspruch. 2012;24(48):103–15.
- 18 Karen Z. Book Review on «The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life» by Daniel Stern. W.W. Norton 2004. Society for Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychology. Available from: <https://www.apadivisions.org/division-39/publications/reviews/present> [cited 2019 Nov 22].
- 19 Stoffels H. Umgang mit dem Widerstand. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1986.
- 20 Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED. Doing Damage in Delirium: The Hazards of Antipsychotic Treatment in Elderly Persons. Lancet Psychiatry. 2014;1(4):312–5. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70263-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70263-9). PubMed.
- 21 Gustorff D, Hannich HJ. Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit koma-tösen Patienten auf der Intensivstation. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.
- 22 Winnicott Donald W. Die Angst vor dem Zusammenbruch. Psyche - Z Psychoanal 45 (12), 1991.
- 23 Bion WR. Eine Theorie des Denkens. In: Spilius EB (Hg). Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1, München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 1988.